

Der Berliner Krisendienst und seine Nutzer in schweren Krisen: Ergebnisse und Analysen aus der wissenschaftlichen Begleitforschung des Berliner Krisendienstes

Zimmermann, Ralf-Bruno

Veröffentlichungsversion / Published Version

Zeitschriftenartikel / journal article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Zimmermann, R.-B. (2004). Der Berliner Krisendienst und seine Nutzer in schweren Krisen: Ergebnisse und Analysen aus der wissenschaftlichen Begleitforschung des Berliner Krisendienstes. *Journal für Psychologie*, 12(3), 201-227.

<https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-49174>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use:

This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

Der Berliner Krisendienst und seine Nutzer in schweren Krisen

Ergebnisse und Analysen aus der wissenschaftlichen Begleitforschung des Berliner Krisendienstes

Ralf-Bruno Zimmermann

Zusammenfassung

In diesem Beitrag werden ausgewählte Ergebnisse aus der wissenschaftlichen Begleitforschung des Berliner Krisendienstes (BKD) zur Beschreibung der Inanspruchnahme des Dienstes und seiner Nutzer vorgestellt und diskutiert. Neben Ergebnissen zur quantitativen Nutzung und Auslastung des BKD werden seine Nutzer hinsichtlich ihrer soziodemographischen Merkmale, ihrer Zustandsbilder und psychiatrischen Diagnosen abgebildet, um insbesondere die schweren Krisen und Notfälle, mit denen der BKD konfrontiert wird, genauer betrachten zu können. Einige von den Mitarbeitern angewandte Methoden der Krisenintervention werden vorgestellt und hinsichtlich der Differenzierung ihrer Anwendung faktorenanalytisch untersucht. Die Daten zum allgemeinen Ergebnis der Beratung und der speziellen Beeinflussung der Suizidalität von Klienten werden aufgezeigt.

Aus den Ergebnissen der Begleitforschung kann insgesamt abgeleitet werden, dass der BKD kurze Zeit nach seiner Installation von vielen Menschen in vielfältigen Krisensituationen genutzt wird. Unter den Nutzern sind häufig Menschen in ernsten und teils schwerwiegenden Krisen bzw. Notfällen, ihnen wird von den Mitarbeitern ein breit gefächertes psychotherapeutisches, beratendes bzw. psychosozial unterstützendes Angebot an Interventionen gemacht. Weitere Untersuchungen, die den Prozess der Intervention konkret abbilden, sollten künftig angestrebt werden.

Schlüsselwörter

Psychiatrischer Krisendienst, Sozialpsychiatrie, Evaluation, schwere Krise, psychiatrischer Notfall, Krisenintervention, Versorgungsforschung, Basisdokumentation, Suizidalität, psychiatrische Diagnosen.

Summary

The Berlin Crisis Intervention Service and his users in severe crises: results and analyses of the scientific research of the Berlin Crisis Intervention Service

This article presents and discusses selected results of the scientific research of the Berliner Krisendienst (BKD) Berlin Crisis Intervention Service – hereafter referred to as BKD – to describe the use of the services and the users themselves. Apart from the results respective quantitative use and optimal use of the facility, the users themselves are presented regarding their socio-demographical characteristics, their state of health when entering the services and psychiatric diagnoses. Some of the methods used by the staff are introduced and examined in a factor-analysis regarding the differentiation of their use. From the data which are relevant for client contacts, examples are presented in respect to affect and influence clients' suicidality.

From the results of the scientific research on the whole it can be deduced that the BKD started to be frequented and used by many people in various crisis situations shortly after its opening. Among the users are often people in serious and partially aggravated crisis or emergency situations. The BKD staff presents a broad spectrum of psychotherapeutic, counseling or supporting offers for interventions.

Keywords

Psychiatric crisis intervention center, social psychiatry, evaluation, severe crisis, psychiatric emergency, crisis intervention, health services distribution, basic documentation system, suicidality, psychiatric diagnoses.

Einleitung, Material und Methoden

In diesem Beitrag soll untersucht werden, ob und wie der Berliner Krisendienst (BKD) eine wichtige Kerngruppe der avisierten Adressaten mit seinem Beratungs- und Interventionsangebot auch erreicht. Diese Gruppe von Nutzern kann entlang des Konzepts des BKD grob umschrieben werden mit folgenden Merkmalen bzw. Eigenschaften: „(...) psychisch kranke Menschen, chronisch kranke oder behinderte Menschen in akuten Krisen, Menschen mit Suizidgedanken und Menschen mit Suizidversuchen, (...) Menschen in anderen gravierenden Notlagen (...)“ (vgl. Trägerverbund 1999, 18). Als spezielle potentielle Nutzer werden zudem die Menschen genannt, die nach langer stationärer Behandlung enthospitalisiert worden seien (ebd., 5). An anderer

Stelle wird über die Art der (schweren) Krisen, für die sich der BKD auch zuständig fühlt, betont, dass eine enge Zusammenarbeit mit den Einsatzzentralen von Polizei und Feuerwehr erreicht werden müsse, damit „(...) der Dienst regelmäßig zu Einsätzen herangezogen wird, bei denen ein psychiatrischer Notfall oder eine schwerwiegende psychosoziale Krise Hilfe (...)“ erfordere (ebd., 6). Neben anderen Aufgaben, wie etwa Screening und Weitervermittlung, Krisenentlastung durch Folgegespräche, ist der BKD laut Konzept also zuständig für Menschen in bzw. mit schweren Krisen, die bis hin zu psychiatrischen Notfällen ausgestaltet sein können. Dabei soll ätiologisch ein breites Spektrum abgedeckt werden, es sind eben nicht allein Menschen in suizidalen Krisen gemeint, in der Aufzählung fehlt keine der möglichen Kategorien der (Mit-)Verursachung einer schweren Krise. Diese Festlegung entspricht weitgehend auch den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Suizidprophylaxe zur Organisation von Krisenintervention (vgl. Freytag et al. 1998). Auf die Schwierigkeit der begrifflichen Differenzierung zwischen (psychiatrischer) Krise und (psychiatrischem) Notfall kann hier nur hingewiesen werden (vgl. Zimmermann 2001, Sauviant u. Schneyder 2000).

Zugespitzt kann auch formuliert werden, dass ein aufwendig organisierter, auf hohem fachlichen Niveau arbeitender und entsprechend finanzierter Krisendienst wie der BKD wird nachweisen müssen, dass er Menschen in schweren und bedrohlichen Krisen erreicht und dass er ihnen ein hilfreiches Angebot macht. Diese Anforderung kann auch vor dem Hintergrund der Reformierung der Psychiatrielandschaft zu einer gemeindezentrierten und lebensweltorientierten Versorgung unterstrichen werden, da die Frage gestellt werden muss, ob die einzelnen Bausteine sinnvoll aufeinander abgestimmt sind und – sowohl aus der Perspektive der Schonung öffentlicher finanzieller Ressourcen wie aus der Perspektive der Nutzer – Synergien durch Vernetzung und Kooperation erzielt und Versorgungslücken geschlossen werden.

Zur Annäherung an diese Fragestellungen werden zunächst quantitative Daten zur Inanspruchnahme und Merkmalen der Nutzer vorgestellt und analysiert, sodann werden quantitative und qualitative Daten zu Merkmalen der Nutzer und den von den Mitarbeitern durchgeführten Interventionen im Zusammenhang mit schweren Krisen diskutiert. Die Ergebnisse zur Kooperation und Vernetzung des BKD wird in diesem Heft von Herrmann, Möller und Schürmann diskutiert, die Angemessenheit der Beratungen und Interventionen des BKD können hier nur eingeschränkt bewertet werden.

Die verwendeten Daten wurden im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitforschung des BKD erhoben, für den hier gelegten Fokus wurden im wesentlichen quantitative und qualitative Daten aus den Instrumenten *Basisdokumentation* (BaDo) und *Dokumentation des ärztlichen Hintergrunddienstes* analysiert

(siehe hierzu ausführlich Bergold, Floeth u. Zimmermann 2001 sowie die Einleitung von Bergold u. Zimmermann in diesem Heft).¹

Daten zur Inanspruchnahme des Berliner Krisendienstes

Die Inanspruchnahme des BKD kann anhand der Daten der Basisdokumentation zum einen über die erfolgte Anzahl der dokumentierten *Kontakte* des BKD mit Nutzern und zum anderen über die Anzahl der verschiedenen *Personen*, die beraten wurden, dargestellt werden.²

Insgesamt wurde der BKD in der zweijährigen Auswertungsperiode (Mai 2000 – April 2002) von rund 52.000 verschiedenen *Personen* in rund 82.000 *Kontakten* in Anspruch genommen.³ Sowohl die Anzahl der Personen wie auch der Kontakte zeigten beim BKD eine Steigerungsrate von ca. 33% zwischen dem ersten und dem zweiten Jahr der Erhebung. Die in den letzten Jahren häufiger diskutierten Probleme der Behandlung und Versorgung von Vielnutzern (auch mit Begriffen wie *heavy user* oder *Dauernutzer* belegt) psychosozialer und psychiatrischer Dienste sind auch für den BKD von Belang. Publierte Vergleichszahlen sind eine Rarität: Der Wert für die Mehrfachnutzung des BKD liegt tendenziell aber eher unter den Vergleichszahlen aus NRW: in dieser Studie werden aber je nach regionalem Dienst sehr differierende Häufigkeiten bei Mehrfachnutzungen festgestellt (Regus u. Depner 1998, 15).

Aus dem Bereich der Menschen mit geistiger Behinderung konnten in dieser Zeit insgesamt ca. 2.000 Kontakte registriert werden, wobei die Steigerungsrate vom ersten zum zweiten Jahr für diese Gruppe bei ca. 50% lag.

Die relativen Anteile der einzelnen beratenen Personengruppen (Klienten, Angehörige und Professionelle) unterscheiden sich erwartungsgemäß deutlich: die *Klienten* überwiegen mit gut dreiviertel der Beratungen von Personen,

¹ In unserem abschließenden Forschungsbericht werden unser methodisches Vorgehen und unsere entwickelten und verwendeten Instrumente dokumentiert (Zimmermann u. Bergold 2003 bzw. Bergold u. Zimmermann, 2003).

² Aufgrund der den Nutzern zugesicherten Anonymität ergeben sich gewisse Unschärfen bezüglich der Zuverlässigkeit dieser Daten: nicht immer konnten Personen wiedererkannt werden, die sich mehrfach an den Dienst wandten. Die Mitarbeiter des BKD versuchten aber, die Fehlerquote durch spezielle Besprechungen gering zu halten.

³ In den folgenden Darstellungen variieren die Grundgesamtheiten jeweils in Abhängigkeit von den untersuchten Variablen, etwa weil nur eine Auswahl der Datensätze verwendet werden konnte (z. B. nur sog. *Normaldokumentationen*, in denen alle Variablen vorkommen) oder weil die Missingrate jeweils verschieden hoch ist.

während *Angehörige* und *Professionelle* mit je gut 10% zusammen den Rest bilden. Allerdings ergibt sich für den Bereich der Menschen mit geistiger Behinderung eine deutlich andere Verteilung: hier verteilen sich die Nutzer auf 55% *Klienten*, 7% *Angehörige* und 38% *Professionelle*, dies ist Ausdruck der zum Teil schweren (kognitiven) Beeinträchtigungen der Klienten, des hohen Anteils der in betreuten Wohneinrichtungen bzw. im stationären Setting lebenden Klienten mit geistiger Behinderung (fast 50%) sowie der häufigen *Systemkrisen*, die zur Kontaktaufnahme durch Professionelle mit dem BKD führen.

Während in den beiden untersuchten Jahren für die Gesamtgruppe der relative Anteil der *Klienten* annähernd stabil blieb, änderte sich jener der beiden anderen Personengruppen jedoch beträchtlich: die Inanspruchnahme durch *Professionelle* ist dabei signifikant weniger gestiegen als mathematisch zu erwarten, diejenige durch *Angehörige* hingegen hat deutlich zugenommen.⁴ Diese Verteilung der unterschiedlichen Steigerung lässt sich in ähnlicher Ausprägung auch auf der *Kontaktebene* nachweisen.

Sozioökonomische Beschreibung der Nutzer

Es sollen an dieser Stelle nur einige markante sozioökonomische Merkmale der Nutzer des BKD vorgestellt werden. Die Geschlechterverteilung der Nutzer folgt einer für die Inanspruchnahme von Beratungsdiensten typischen asymmetrischen Gewichtung (deutlich höherer Frauenanteil von ca. 64% gegenüber ca. 34% männliche Nutzer⁵). Dieser Unterschied verweist auch in unserer Untersuchung darauf, dass einerseits eher von Frauen professionelle (Gesundheits- und Beratungs-)Dienste in Anspruch genommen werden, sie nach allen vorliegenden Daten häufiger an (neurotischen und reaktiven) psychischen Störungen zu leiden scheinen (vgl. Kolip 1998, 509–511) und es andererseits zu „(...) den traditionellen Aufgaben von Frauen und Müttern gehört, sich um die Gesundheit aller Familienmitglieder zu sorgen. (...), wobei sie eng mit den professionellen Heilern, insbesondere Ärzten, zusammenarbeiten“ (Vogt 1998, 124).

Der Anteil der Nutzung durch den nicht-deutschen bzw. nicht-deutschstämmigen Bevölkerungsteil im Vergleich zu deren Anteil in der Berliner

⁴ Die Unterschiede sind in einem Chi-QuadratTest auf dem 0,01-Niveau signifikant.

⁵ Fehlende Anteile zu 100%: Beratung von Paaren, unklares Geschlecht bei anonymen Anrufen.

Bevölkerung⁶ ist unterdurchschnittlich (13% Ausländeranteil in der Berliner Bevölkerung und nur 5,4%⁷ bei den beratenen Personen des BKD).

Die Altersverteilung der Klienten weicht erheblich von derjenigen der Berliner Bevölkerung ab, wie aus der Abbildung 1 hervorgeht: der BKD berät erwartungsgemäß weniger Minderjährige, da er ein für Erwachsene konzipierter Dienst ist. Er erreicht aber auch weniger Senioren und Hochbetagte, obwohl in dieser Altersgruppe ein mindestens durchschnittlicher Bedarf an Krisenberatung erwartet werden darf, auch wenn mit Wolferdorf und Welz ein Mangel an „(...) genaueren Analysen zur Suizidalität im höheren Lebensalter (...)“ beklagt werden muss, so ist mindestens die hohe Prävalenz der Suizide im höheren Alter seit langem bekannt (Wolferdorf u. Welz 1997, 419). Neben den etwa von Kurz geforderten spezifischen stationären Angeboten zur Krisenintervention bei älteren Menschen, müsste aber auch ein ambulanter Dienst wie der BKD spezielle Angebote machen (Kurz 1997, 222).

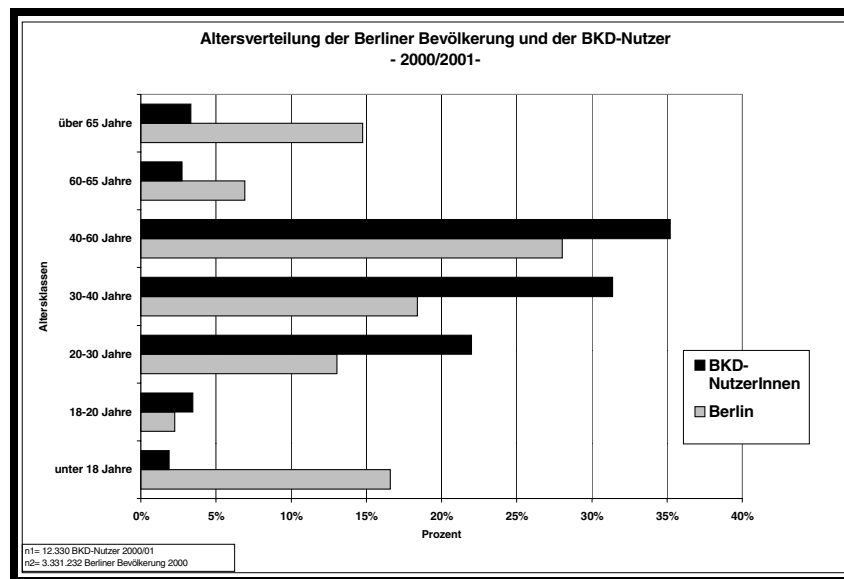


Abb. 1: Relativer Altersvergleich der Nutzer des BKD mit der Berliner Bevölkerung

⁶ Bezugsrahmen für diesen und andere Vergleich mit der Berliner Bevölkerung ist die Dokumentation des Mikrozensus Berlin aus dem Jahre 2000 (Statistisches Landesamt Berlin 2001).

⁷ Hier sei auf die methodische Schwierigkeit der Identifikation *nicht-deutscher* Klienten hingewiesen. Die Mitarbeiter verschlüsselten noch einen Anteil von 4,7% der Personen mit *unbekannter Herkunft*.

Die ökonomische sowie die Beschäftigungssituation der Klienten stellen sich insgesamt durchschnittlich schlechter dar als die der Berliner Bevölkerung. In der Abbildung 2 sind einige Variablen dargestellt, die sich zwischen unserer Untersuchung und Ergebnissen des Berliner Mikrozensus vergleichen ließen. Insgesamt liegen für etwa die Hälfte der 39.398 *Klienten* Angaben zum Beschäftigungsstatus vor. Demnach sind nur 21,6% der Klienten berufstätig, 8,5% in einer Ausbildung, 6,6% haben keine Beschäftigung, 13,1% beziehen Rente und 14,9% sind arbeitslos gemeldet, der Rest verteilt sich auf weitere Kategorien.

Die Klienten selbst schätzten ihre finanzielle Lage in ca. 50% als schlecht (38%) bis sehr schlecht (12%) und in ca. 20% als gut (16%) bis sehr gut (4%) ein.

Im Vergleich der Klienten des BKD mit der Berliner Bevölkerung ist aber die unterschiedliche Alterstruktur der beiden Gruppen zu bedenken, so dass die Daten mit Einschränkungen in die Richtung interpretiert werden können, dass die Menschen, die den Krisendienst als Klient nutzen, sozial durchschnittlich schlechter gestellt sind als der Durchschnitt der Berliner Bevölkerung.⁸

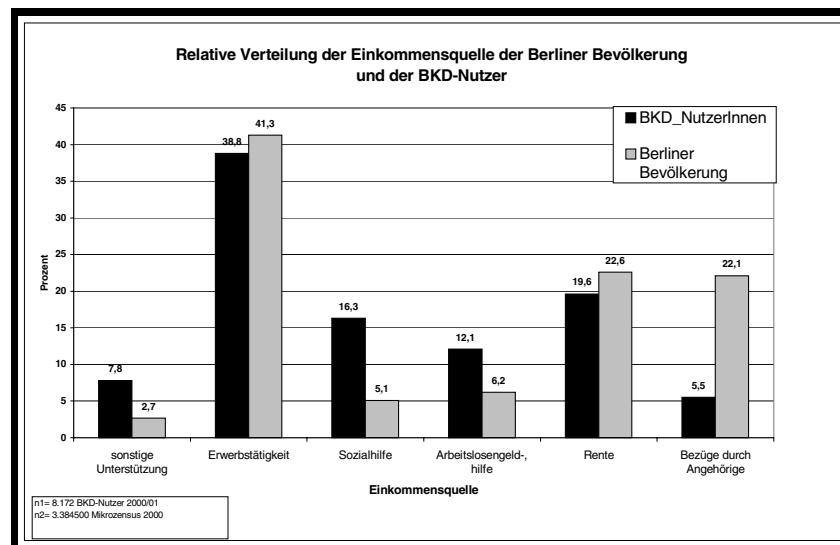


Abb. 2: Einkommensquelle der BKD-Nutzer und der Berliner Bevölkerung

⁸ Diese Zusammenhänge sind differenzierter dargestellt in Huss, Bergold und Zimmermann (2002).

Beschreibung der Klienten durch Zustandsbilder und Diagnosen

Vorbemerkung

Bezüglich der Erfassung der syndromatischen bzw. psychiatrischen Dimension der Krisen der Klienten des BKD wurden zwei deskriptive Ansätze gewählt:

Zum einen schien die Anwendung des und die Verschlüsselung der psychiatrischen Diagnosen nach der ICD-10 (vgl. Dilling, Mombour u. Schmidt 2000) für die wissenschaftlich-psychiatrische Diskussion der Ergebnisse von Bedeutung, auch wenn diese eine Reihe von grundsätzlichen⁹ und speziellen¹⁰ Schwierigkeiten mit sich bringt. Dazu wurde eine Kondensation des Glossars der ICD-10 (Kapitel F) hergestellt und in der BaDo als Kategoriengliederung eingearbeitet. Die Variablen zur psychiatrischen Diagnostik (angelehnt an die ICD-10) haben dann größere Schwierigkeiten hinsichtlich einer annähernd einheitlichen Nutzung bereitet. Das liegt zum einen an der grundsätzlichen Frage, ob eine solche Systematik geeignet ist, die Nutzer eines Krisendienstes durch die überwiegend nicht-ärztlichen Mitarbeiter angemessen beschreiben zu lassen. Linden und Kemming fanden allerdings in ihrer Vergleichsstudie zwischen der Notfallambulanz einer psychiatrischen Klinik und einem Krisendienst, dass in 94,5% die von nicht-ärztlichen Notdienstmitarbeitern gestellten psychiatrischen Diagnosen von hinzu gerufenen Psychiatern bestätigt wurden (Linden u. Kemming 2000, 409). Dieses Ergebnis deutet darauf hin, dass die Verwendung des Glossars nicht grundsätzlich deshalb anzuzweifeln ist, weil ein Dienst mehrheitlich von nicht-ärztlichen Professionellen besetzt ist. Eher ist die der ICD-10 zugrundeliegende Grundannahme nach wie vor umstritten und ihre Verwendung in weiten Bereichen der deutschen psychiatrischen Versorgungslandschaft nicht einheitlich. So wird der von den Autoren selbst als „atheoretisch“ beschriebene Ansatz häufig besonders kritisiert und damit das systematische Fehlen der neurotischen Störungen (Dilling, Mombour u. Schmidt 2000, 9). Der Begriffswandel von der psychischen *Krankheit* zur

⁹ Hier sei nur erwähnt, dass die Aus- und Weiterbildung der Mitarbeiter des BKD erheblich different ist, der Diagnostik nach ICD-10 besonders aus dem nicht-ärztlichen Bereich teilweise erhebliche Skepsis entgegen schlägt und eine zur elaborierten (Differential-)Diagnose notwendige Längsschnittsbetrachtung häufig in einer Krisenintervention nicht möglich ist.

¹⁰ Die diagnostische Einschätzung hängt in vielen Kategorien auch von einer longitudinalen Datenerfassung ab, wenn bestimmte Symptome über einen bestimmten Zeitraum vorgelegen haben müssen, wenn eine Diagnose gestellt werden soll. In der Krisenintervention ist aber häufig zunächst nur eine Querschnittsbeobachtung möglich.

psychischen *Störung* wird dagegen häufig als nützlich begrüßt (vgl. Mombour 1995, 19). Trotz der Kontroversen werden hier die Ergebnisse vorgestellt, da sie die Beschreibung eines Teils der Nutzer aus unserer Sicht bereichern, sicher mit der nicht quantifizierbaren Besonderheit, dass von den Mitarbeitern dieses diagnostische Instrument eher zurückhaltend genutzt wurde.

Zum anderen führte die Begleitforschung daneben auch die Verwendung sogenannter *Zustandsbilder* ein. Damit sollten zu erwartende Zustände von Klienten, die immer wieder in der täglichen psychosozialen Arbeit vorkommen und die nicht sicher stets oder in sinnvoller Weise mit einer psychiatrisch-diagnostischen Sprache abgebildet werden können, standardisiert und operationalisiert werden. Bei den gebildeten Kategorien ist eine Orientierung an bekannten psychopathologischen Syndromen ebenso erkennbar (Dilling u. Reimer 1997, 19–20) wie an der empirischen Realität der (transdisziplinären) Krisenintervention (vgl. Schneyder u. Sauviant 2000). Das Instrument sollte der Beschreibung dienen, was die Klienten *haben* (etwa Angst) oder was sie *sind* (etwa *verwirrt* oder *apathisch*), wenn sie nicht im engeren Sinne *psychisch krank* sind oder die psychische Störung unbekannt ist. Andererseits schien es uns wichtig, auch *jenseits* oder *unterhalb* einer psychiatrischen Diagnose genauere Beschreibungen davon zu ermöglichen, wie es denn den Klienten *geht* (etwa *ratlos sein*), die sich an den BKD wenden. Eine psychiatrische Diagnose geben diese Dimensionen in aller Regel nicht wieder, allenfalls wird sie durch die gewählten Zustandsbilder bereichert. Mittels der entwickelten Variablen sollte sich für die Mitarbeiter auf der deskriptiven Ebene – ohne konkreten nosologischen oder ätiologisch-theoretischen Bezug – beschreiben lassen, was sie bei den Klienten beobachtet und wie sie dieses graduell eingeschätzt haben (etwa leichte, mittlere oder schwere Ausprägung). Der Umgang mit den Variablen zu den psychiatrischen Diagnosen und den Zustandsbildern hat einige Zeit Schwierigkeiten bereitet, diese führten zu intensiven Diskussionen etwa über eine notwendige sprachliche Übereinkunft einerseits, deren Begrenztheit und Gefahr der ungewollten Zuschreibung bezüglich der mangelnden individuellen Trennschärfe andererseits – gerade in der Krisenarbeit.¹¹

Die folgenden Auswertungen basieren auf den verwertbaren Datensätzen der BaDo des BKD. Datenbasis sind alle Klientenkontakte im Zeitraum Mai 2000 bis April 2002 ohne die *Schweiger*, für welche die sog. *normale Dokumentation* ausgefüllt wurde (N=46.287), da Zustandsbilder und Diagnosen nur in den ausführlicheren *normalen Dokumentationen* vorkommen. Für gut 31.000 Kontakte liegen Angaben zu den Zustandsbildern vor, d. h. bei ca. 2/3 der verwertbaren Klientenkontakte mit normalen Dokumentationen. Für

¹¹ Die *Zustandsbilder* wurden nach längerer Diskussion mit den Mitarbeitern des BKD operationalisiert. Von den Begleitforschern wurde ein Manual mit Erläuterungen zu Diagnosen und Zustandsbildern zur Verfügung gestellt.

11.000–15.000 liegen, je nach Kategorie, Angaben zu Diagnosen vor, d. h. in ca. 1/3 der Klientenkontakte mit normalen Dokumentationen. Da es sich um Aussagen über Kontakte handelt, bleibt unklar, wie viele verschiedene Personen sich hinter den Zahlen verbergen.

Psychiatrische Störungen der Klienten nach ICD-10

Insgesamt wurden rund 27.000 Diagnosen verschlüsselt und es kann festgestellt werden, dass – auch unabhängig von den mobilen Einsätzen mit Hintergrundärzten – häufig psychiatrische Störungen bei Klienten festgestellt werden. Dabei handelt es sich teilweise um von den Mitarbeitern selbst gestellte und zum anderen Teil um von anderen Profis, welche die Klienten kennen, übernommene Diagnosen.

In der Abbildung 3 sind die Diagnosegruppen und die Häufigkeit ihrer Verschlüsselung aufgetragen. Da sich die jeweiligen Grundgesamtheiten stark unterscheiden, sind auch die absoluten Zahlen dargestellt – allerdings lassen sich aus diesen Zahlen aus dem genannten Grund die relativen Anteile nicht einfach rückrechnen. In der Rangfolge der psychiatrischen Diagnosegruppen ist eine nicht unbedingt erwartete Häufung in der Kategorie *Persönlichkeitsstörungen*, die zudem in fast der Hälfte der Fälle als *Borderline-Persönlichkeitsstörung* eingeordnet wurde, festzustellen. Dem Aufbau der ICD-10 ist allerdings geschuldet, dass nicht die depressiven Störungen an erster Stelle liegen, da diese in verschiedenen Kategorien eingeordnet sind (v. a. in F3 und F4). Die Gruppe der schizophrenen bzw. schizophrenieformen Störungen folgt erst nach den Abhängigkeitserkrankungen und den Neurosen mit gut 20%. Intelligenzminderungen (in der ICD-10 synonym für *geistige Behinderung* verwendet) werden mit knapp 7% angegeben, organische psychische Störungen folgen erst nach den Störungen im Kinder- und Jugendalter und kommen damit erstaunlich selten vor.

Es ergibt sich insgesamt ein breites Spektrum an psychischen Störungen aus allen Hauptkategorien der ICD-10. Es zeigt sich, dass der BKD mit einer großen Anzahl psychisch erkrankter Menschen Kontakt hat, wobei unklar bleibt, wie oft die psychische Störung Ursache für die Entwicklung einer Krise bzw. Anlass für die Kontaktaufnahme zum BKD ist. Die häufigen Kontakte mit Menschen, die an Persönlichkeitsstörungen leiden, lassen sich durch die bei diesen Menschen häufig tiefgreifende Störung auf der Beziehungsebene (eben auch zu professionellen Personen) erklären – unter ihnen sind auch Mehrfach- oder Dauernutzer des Dienstes. Aufgrund der Interviews mit Klienten kann gesagt werden, dass der BKD ein wichtiges Bindeglied zu anderen Versorgungsangeboten darzustellen scheint und durch seine Interventionen sich die

Chance bietet, dass diese Menschen in eine *reguläre* und kontinuierliche psychosoziale Beratung bzw. psychotherapeutische Behandlung vermittelt werden.

Ein Vergleich mit relevanten publizierten Daten ist kaum möglich: Regus und Depner geben die quantitative Verteilung auf ungewöhnliche diagnostische Kategorien, sog. *Krisenarten*, wieder, die mit unseren gewählten nicht zu vergleichen sind und kritisch hinsichtlich ihres Grades der Operationalisierung bzw. Differenzierung zu sehen sind (Regus u. Depner 1998, 16). Linden und Kemming finden entlang nicht eng an die ICD angelehnte Kategorien¹² erhebliche Unterschiede zwischen den Diagnosehäufigkeiten der Klinikambulanz und des Krisendienstes, die teilweise mit unseren Unterschieden zwischen BaDo-Diagnosen und Diagnosen des ärztlichen Hintergrunddienstes korrelieren (Linden u. Kemming 2000, 408–409).

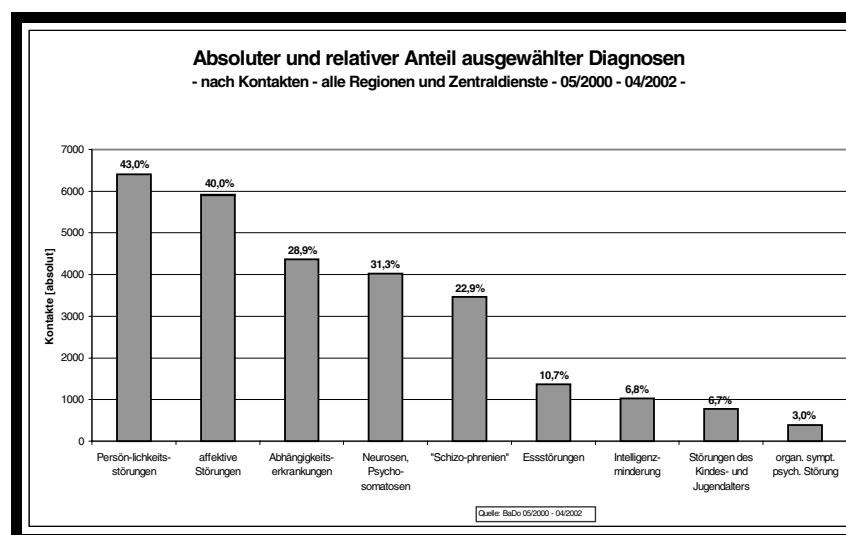


Abb. 3: Verteilung ausgewählter Diagnosen nach ICD-10 aus der Basisdokumentation¹³

¹² So war die diagnostische Kategorie „Schwachsinn“ auch zur damaligen Untersuchungszeit bereits sprachlich obsolet.

¹³ Aus nosologischen Gründen ist die Diagnose einer Schizophrenie kompliziert, u. a. deshalb, weil eine definierte Dauer bestimmter Symptome für die Diagnose vorgeschrieben ist. „Schizophrenieforme“ Störungen werden in den relevanten Krisensituationen sicher auch hier vermerkt. Deshalb wird der Begriff *Schizophrenien* in den Grafiken in Anführung gesetzt.

Zustandsbilder der Klienten

In der Abbildung 4 sind die relativen Verteilungen der registrierten *Zustandsbilder* aufgetragen¹⁴ und es kann auf der Basis hoher Fallzahlen festgestellt werden, dass die Klienten, die den BKD aufsuchen, in einem hohem Maße als verzweifelt und ratlos beschrieben werden (über 60%) und in der Hälfte der Kontakte ein depressiver Zustand vermerkt wird, der bei gut 23% als mittelschwer und bei 6% als schwer attestiert wird. Unter Angst und/oder Panik leiden 41%, als suizidal werden 26% eingeschätzt und auto-aggressive Tendenzen weisen 15% auf. Im Zusammenhang mit der eingeschätzten Suizidalität wurde in 4.318 Kontakten von den Klienten eine konkrete Suizidabsicht geäußert. Fremdaggressives Verhalten wird bei 4% der Kontakte festgestellt, dieses kann noch differenziert werden in tätlich gegenüber anderen Personen (gut 2% der Kontakte) bzw. gegenüber Sachen (gut 1%).¹⁵

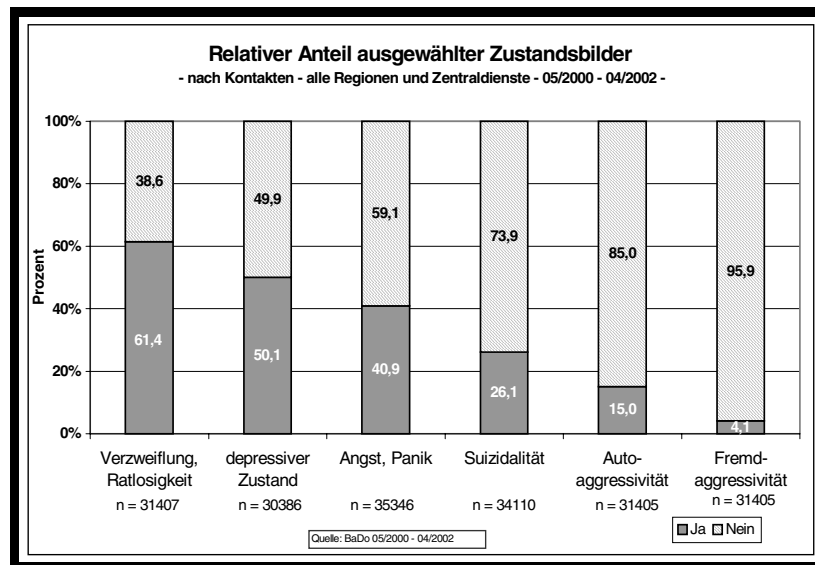


Abb. 4: Relative Verteilung der Zustandsbilder

¹⁴ Aus der Darstellung ist ersichtlich, dass unterschiedlich hohe Missingwerte vorlagen und dass Mehrfachnennungen möglich waren, daher ist die Summe der relativen Anteile ungleich 100%.

¹⁵ Die Graduierungen sind nicht in der Grafik enthalten.

Insgesamt lässt sich feststellen, dass in einem großen Anteil von Kontakten phänomenologisch als schwer oder gravierend zu wertende *Zustände* der Nutzer beschrieben bzw. verschlüsselt werden, von denen angenommen werden kann, dass sie dringend professioneller Beratung und/oder Behandlung bedürfen. Auch kann das Instrument *Zustandsbilder* als zwar relativ grobe, aber hilfreiche Möglichkeit der Deskription des Befindens und Verhaltens von Klienten in Krisen gewertet werden.

Diagnostische Einschätzungen des ärztlichen Hintergrunddienstes

Aus den Daten der Dokumentation des ärztlichen Hintergrunddienstes sollen hier einige weitere relevante Ergebnisse hinzugefügt werden, da sie die Diskussion bereichern können.

Nach der Einschätzung der Hintergrundärzte bestand bei ihren Einsätzen in gut 24% der über 1.100 Einsätze bei den Klienten *akute* Suizidalität. Im Vergleich zur BaDo der Standorte lässt sich ein eindrucksvoller Unterschied feststellen: zwar errechnen wir aus dieser Dokumentation einen ähnlich hohen Anteil (26,1%) suizidaler Klienten (s.o.), allerdings entfallen von diesen *nur* knapp 3,6% auf *akut* suizidale Krisen, während der überwiegende Anteil als *latent* suizidal (22,5%) eingeschätzt wird.

Bei der Betrachtung der durch die Ärzte vergebenen Diagnosen (nach ICD-10) ergibt sich über beide Jahre hinweg ein recht stabiles Muster. Am häufigsten (37,0%) wurden Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis diagnostiziert.¹⁶ Depressiv getönte affektive Störungen (13,3%) und Störungen durch Alkohol (13,2%) bilden die zweithäufigsten Diagnosegruppen. Ihnen folgen Demenzen (6,1%), Störungen bedingt durch andere psychotrope Substanzen als Alkohol (5%), Intelligenzminderung (4,6%), Persönlichkeitsstörungen ohne Borderline-Persönlichkeitsstörungen (3,5%), Borderline-Persönlichkeitsstörungen (3,6%) sowie Angststörungen (3,4%). Sehr selten wurden nicht-psychiatrische Diagnosen gestellt, keine eindeutige Zuordnung zu einer psychiatrischen Diagnose oder gar keine psychische Störung gefunden.

Berechnet man die Fälle mit akuter Suizidalität getrennt nach den Diagnosen, so lassen sich erhebliche Verteilungsunterschiede ausmachen (Abb. 5): bei Menschen mit der Diagnose *Borderline-Persönlichkeitsstörung* wird in über der Hälfte der Kontakte von den Ärzten eine akute Suizidalität festgestellt, bei depressiven Störungen in knapp 50% und bei Störungen durch Alkohol bzw.

¹⁶ Siehe Fußnote 13.

andere psychotrope Substanzen zusammen bei gut 70%, während dies bei Menschen mit schizophrenen Störungen „nur“ in 15% der Fall ist.

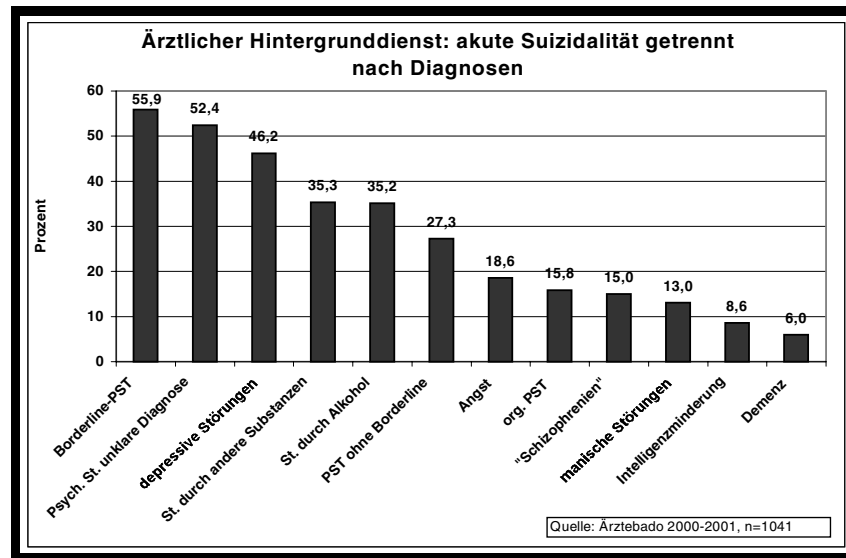


Abb. 5: Relativer Anteil akuter Suizidalität getrennt nach Diagnosegruppen

Die Ärzte sollten in ihrer Dokumentation weiter angeben, in welchem Ausmaß eine ernste Bedrohung von Personen oder Gütern vorgelegen habe, wobei die Ausprägungsgrade von *gar nicht* bis *sehr* möglich waren. Die Berechnung über alle Bögen ergab einen Mittelwertes von 3 bei einer Standardabweichung von 1,5 (N=1174), d. h. es tritt bezüglich der Einschätzung des Bedrohungsgrades über alle Fälle hinweg eine relativ große Spannbreite auf. Andererseits zeigt die Verteilung der einzelnen Angaben auf die fünf Ausprägungen, dass in einem guten Fünftel der Fälle eine *sehr ernste* und in über 40% eine *sehr ernste* oder *ziemliche* Bedrohung registriert wurde. Andersherum wird in nur etwa einem Drittel der Fälle keine oder kaum eine Bedrohung von Personen oder Gütern festgestellt.

Insgesamt wird deutlich, dass die Gruppe der Klienten, zu denen der ärztliche Hintergrunddienst hinzugerufen wird, sich von der Gesamtgruppe hinsichtlich einiger Merkmale zu unterscheiden scheint: es werden hier schwerere und gravierendere Krisensituationen angetroffen, die Klienten haben tendenziell ein anderes Spektrum an psychischen Störungen und es besteht häufig eine unmittelbare Gefahr für Personen oder Güter.

Interventionen des Krisendienstes

Relativ grob können die Interventionen formal unterteilt werden in telefonische Beratung, Beratung in einem der Krisendienststandorte und Beratung durch mobile Einsätze. Auf alle Kontakte des BKD in den beiden Jahren entfielen gut 80% auf eine telefonische Beratung, 18% auf ein persönliches Gespräch in einem der Dienste und knapp 3% auf einen mobilen Einsatz. Hier kann vorsichtig ein Vergleich mit der von Regus und Depner publizierten Studie aus NRW gemacht werden: mit anderen Methoden und unterschiedlich ausgestatteten Diensten werden hier zwar für die untersuchten Dienste differierende, in der Tendenz aber deutlich niedrigere relative Anteile für die telefonische Beratung und entsprechend höhere für die anderen Beratungsarten gefunden (Regus u. Depner 1998, 15). Dies liegt sicher hauptsächlich an den im Vergleich zum BKD unterschiedlich organisierten Diensten, so waren jene etwa nur an Abenden/Nächten und Wochenenden geöffnet, während der BKD an sieben Tagen in der Woche durchgehend telefonisch erreichbar ist. Der BKD übernimmt in Berlin zusätzlich auch die Rolle einer (telefonischen) Screening- und Weitervermittlungsstelle, v.a. an den Wochentagen tagsüber.

Eine weitergehende Beschreibung der Beratung gelingt durch die in der BaDo angebotenen Kategorien (siehe Abb. 6). Erwartungsgemäß wird die *situative Abklärung* am häufigsten genannt. Diese Variable kann eher als Grundlage für die meisten Interventionsstrategien verstanden werden, sie eignet sich nicht zu einer feinen Differenzierung der Interventionen. Dass in etwa einem Viertel der Kontakte *Folgekontakte* vereinbart werden, lässt auf die eingeschätzte Notwendigkeit weiterer (intensiver) professioneller Begleitung der Klienten schließen, ein besonders für suizidale Klienten wichtiges Angebot. Weitere Schwerpunkte liegen in den Bereichen der *diagnostischen Abklärung* oder der *Systemintervention*. Außerdem wird in etwa 8% der Kontakte versucht, das soziale und nicht etwa allein das professionelle Netzwerk zu *aktivieren*. Die letztgenannten Interventionsarten lassen auf eine gemeindepsychologische oder -psychiatrische Arbeitsweise der Mitarbeiter schließen, die nicht nur den Klienten in den Fokus ihrer Betrachtungen und Interventionen stellt, sondern auch sein soziales Umfeld. Bei der Suche nach *Alternativen zur Klinikeinweisung* handelt es sich um ein wichtiges konzeptionelles Profil des BKD, immerhin in 6,2% der dokumentierten Kontakte wurde diese Intervention angegeben (s. u.).

Aus der Analyse von in der BaDo eingegebenen Texten durch die Mitarbeiter kann eine weitere Kategorie der Intervention mit *Sicherheit schaffen* und *akute Gefahr abwehren* benannt werden, hinter der akutes Eingreifen zum Schutz vor akuter Fremd- oder Selbstverletzung zu verstehen ist.

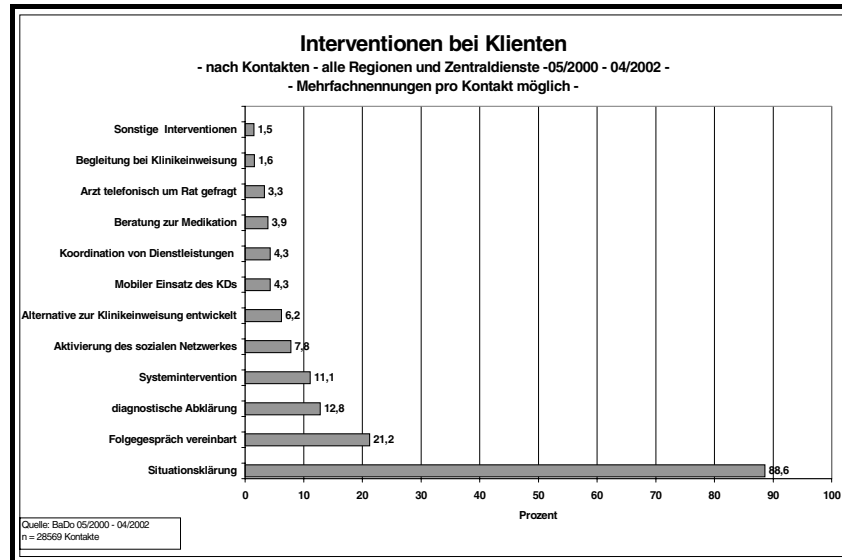


Abb. 6: Relativer Anteil der einzelnen Interventionen

Klinikeinweisungen

Die Berechnung der entsprechenden Variablen ergibt, dass im Erhebungszeitraum insgesamt 2.614 Klienten eine stationäre Klinikaufnahme *empfohlen* wurde, in weiteren 797 Fällen eine *freiwillige* Klinikaufnahme (sofort) erfolgte und in 265 Fällen eine Einweisung nach dem Gesetz für Psychisch Kranke (*PsychKG*) initiiert¹⁷ wurde. Zusammen handelt es sich um knapp 10% aller verwertbarer Fälle, in denen eine Klinikaufnahme intendiert oder durchgeführt wurde. Aus den Variablen der BaDo zur Kooperation kann errechnet werden, dass die Vermittlungen in stationäre Behandlung einschließlich der stationären Krisenintervention die größte Gruppe der spezifischen Kooperationen darstellt (entspricht rund 13% aller Vermittlungen).

In der BaDo vermerkten die Mitarbeiter auch die Bedarfe der Klienten anhand vorgegebener Variablen. Betrachtet man nun die Bedarfe der Klienten,

¹⁷ Der BKD ist nicht mit dem sog. Hoheitsrecht der Einweisung in eine psychiatrische Klinik ohne oder gegen den Willen eines Klienten nach dem Berliner Gesetz für psychisch Kranke (PsychKG) beliehen. Nach gültigem Landesrecht sind zur Einweisung ein ärztliches Attest und die Anordnung des Bezirksamtes oder des Polizeiabschnittes erforderlichlich.

bei denen eine Klinikeinweisung in der Beratung eine Rolle spielt und vergleicht sie mit den Bedarfen aus allen Kontakten, so ergeben sich erhebliche Unterschiede. Deutlich häufiger werden bei diesen *Schutz*, *Vermittlung an andere Institutionen* (eben: Kliniken), *mobile Einsätze* und *Deeskalation* angegeben, allesamt Kategorien die mit schwereren Krisen bzw. Notfällen in Verbindung zu bringen sind. Die Zusammenhänge sind in der Abbildung 7 grafisch dargestellt.

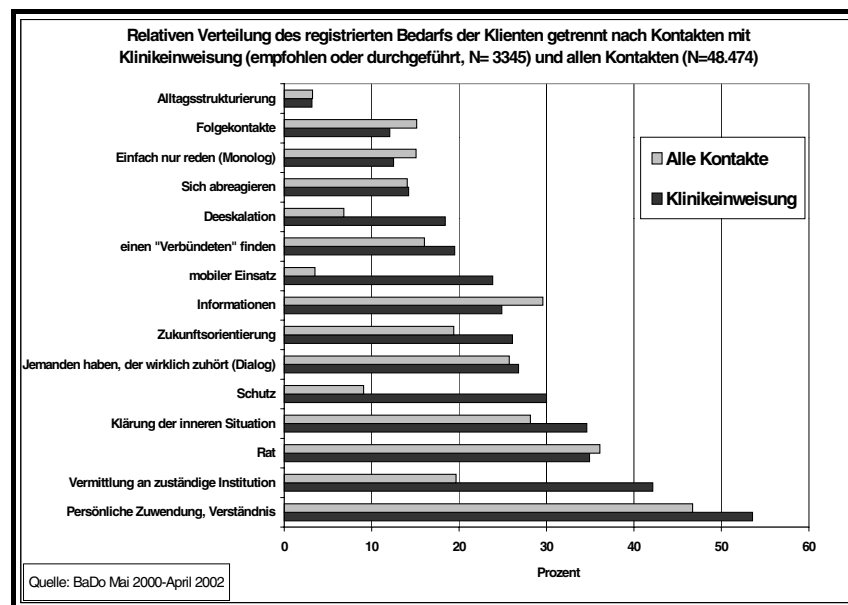


Abb. 7: Vergleich der Bedarfe getrennt nach Kontakten mit Klinikeinweisung und allen Kontakten

Durch die Analyse von Einzelfällen, die durch die Prosatexte in der BaDo dokumentiert sind, lässt sich das Spektrum der Einweisungssituationen (ob durchgeführt oder durch eine Alternative ersetzt) von schnell und reibungslos mit Einverständnis des Klienten bis hin zu mehrere Stunden dauernd und diverse Angehörige, Professionelle und Dienste in Anspruch nehmend aufspannen.

Im Rahmen des ärztlichen Hintergrunddienstes wurde in gut 35% der Einsätze eine Einweisung in eine Klinik durchgeführt, wobei die Mehrzahl der Einweisungen freiwillig erfolgte. Ein Zusammenhang zwischen der Einweisungshäufigkeit und -art auf der einen und der diagnostizierten psychischen Störung besteht insofern, als mit Abstand die häufigsten Einweisungen auf Klienten entfielen, bei denen Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis

diagnostiziert wurden: fast die Hälfte aller Einweisungen nach dem PsychKG und knapp 40% der freiwilligen Einweisungen entfallen auf diese Gruppe. Mit deutlichem Abstand folgen die Störungen durch Alkohol und depressive Störungen, wobei bei diesen beiden Diagnosegruppen die freiwilligen Einweisungen überwiegen.

Zusammenhänge zwischen Interventionen und Merkmalen der Klienten

Um die Frage des differenzierten Einsatzes und der Problemangemessenheit der Interventionen weiter zu klären, wurde untersucht, ob die Zugehörigkeit der Klienten zu einer bestimmten Zielgruppe bzw. das Vorliegen bestimmter Zustandsbilder mit bestimmten Interventionen zusammen fällt.

Zunächst untersuchten wir mittels Faktorenanalyse den Zusammenhang zwischen den Zustandsbildern mit den Interventionen.¹⁸ Dafür standen 4.669 Kontakte des Jahres 2001 zur Verfügung, in denen jeweils in beiden Bereichen Eintragungen vorhanden waren, die Faktoren klären 60% der Varianz auf. Für die hier bearbeitete Fragestellung sind vor allem die Faktoren 1, 2, 6 und 7 von Interesse.

Das Zustandsbild in *Faktor 1* signalisiert eine schwere und in der Tendenz eher akute Krise, bei der es zu Störungen der Wahrnehmung (etwa Halluzinationen) und/oder des Bewusstseins (quantitativ oder qualitativ) kommt und es ist daher plausibel, wenn diese häufig einen mobilen Einsatz erfordert.

Im *Faktor 2* fällt das Auftreten von Suizidalität mit Folgegesprächen zusammen. Dieser Faktor verweist darauf, dass bei Suizidalität eine einmalige Intervention meist kaum angemessen ist und offensichtlich mehrere Beratungssitzungen als notwendig erachtet werden. Gerade die Vereinbarung eines Folgegespräches gehört zu den möglichen therapeutischen Rahmenbedingungen bzw. Maßnahmen, die eine Entlastung des Klienten bewirken und eine *akute* zu einer *latenten* Suizidalität werden lassen können.

Im *Faktor 5* sind *Apathie* und *Antriebschwäche* mit *Interventionen in das soziale Netz* zusammengebunden. Beide Kennzeichnungen des Zustands des Klienten deuten auf eine verminderte Eigeninitiative und Vitalität hin. Sie sprechen dafür, dass in diesen Fällen die Arbeit mit den Menschen intensiviert

¹⁸ Es handelt sich um eine PCA mit Varimax-Rotation. Die Anzahl der Faktoren wurde nicht beschränkt, Kriterium für die Auswahl der Faktoren waren Eigenwerte größer 1 und keine Nebenladungen über 0,4.

werden muss, die zum sozialen Netzwerk des Klienten gehören und phasenweise aktiver unterstützend sein müssen.

Zustandsbilder und Interventionen	Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3	Faktor 4	Faktor 5	Faktor 6	Faktor 7	Faktor 8
Z: schwere psychopathologische Symptomatik I: Mobiler Einsatz	,707 ,703							
Z: Suizidalität I: Folgegespräche		,742 ,558						
Z: Angst, Depressivität I: sonstige Intervention			-,784 ,472					
Z: Somatische Symptomatik bei psychischer Belastung I: medizinische Intervention				,717 ,688				
Z: Apathie, Antriebschwäche I: systemische Intervention					,775 ,576			
Z: Einschränkung des körperlichen Zustands I: heilpädagogische Intervention						,749 ,654		
Z: Aggressivität, Unruhe Z: Substanzmissbrauch							,832 ,495	
Z: Einschränkung der Wahrnehmung, des Sprechens								,796

Abb. 8: Faktorenanalyse über Zustandsbilder und Interventionen¹⁹

Der *sechste Faktor* verbindet eine *Einschränkung des körperlichen Zustands* mit speziellen heilpädagogischen Interventionen und kennzeichnet die Arbeit mit mehrfach behinderten Menschen in Krisensituationen.

¹⁹ Z = Zustandsbilder, I = Interventionen.

Zwar wird im Faktor 7 keine Intervention mathematisch hinzugefügt, das Zusammenfallen von *Aggressivität* und *Unruhe* mit *Substanzmissbrauch* deutet aber auf den bekannten Zusammenhang zwischen Substanzmissbrauch und auto- oder fremdaggressivem Verhalten hin, der ja eine besondere Herausforderung für einen Krisendienst und seine Mitarbeiter darstellt.

In einem zweiten Schritt wurden für ausgewählte Zielgruppen die relativen Häufigkeiten für die Kontaktart und einige Interventionen berechnet. In der folgenden Abbildung ist zu erkennen, dass die Menschen ohne Suizidalität am seltensten mobile oder ärztliche Einsätze bzw. Klinikeinweisungen benötigen, diese Kontakt- und Interventionsarten aber bei Menschen mit Schizophrenien bzw. bei chronisch psychisch Kranken am häufigsten durchgeführt werden. Die Klienten mit geistiger Behinderung benötigen am häufigsten persönliche Gespräche und häufig mobile Einsätze, jedoch seltener (auch) ärztliche Einsätze. Hinsichtlich der Variable *Alternative für Klinikeinweisung entwickelt* heben sich die vier genannten Gruppen von der Gesamtzahl der Klienten deutlich ab: für sie werden häufiger Alternativen zu einem stationären Aufenthalt entwickelt.

Durch das Ergebnis der Faktorenanalyse wird deutlich, dass von den Beratern spezielle Interventionsstrategien bzw. Methoden offensichtlich (auch) abhängig von bestimmten Zustandsbildern bei Klienten angewandt werden.

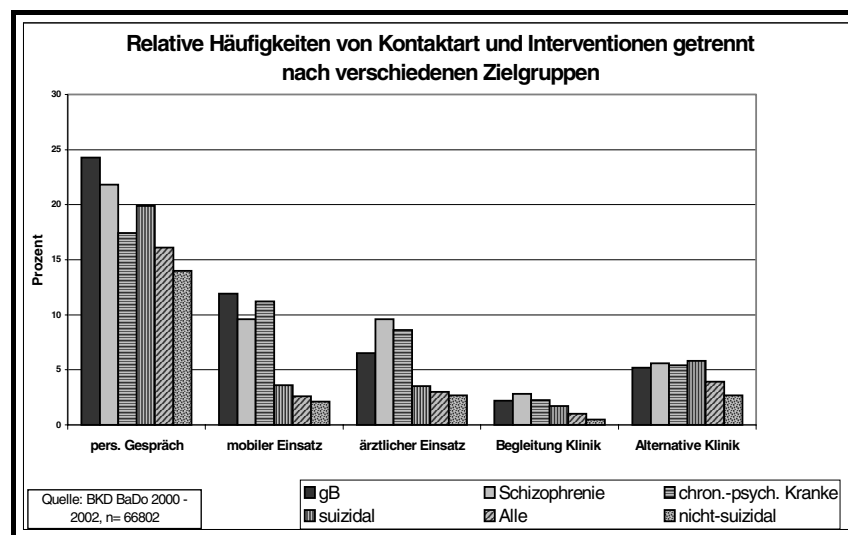


Abb. 9: Kontaktart und Interventionen getrennt nach Zielgruppen

Aus der Gegenüberstellung von Zielgruppen und Interventionen lassen sich zum Teil deutliche Unterschiede feststellen, die grobe Anhaltspunkte dafür liefern, dass unterschiedliche Aufgaben auf den BKD zukommen, je nachdem, zu welcher der Gruppen ein Klient gehört. Andererseits ist die Trennschärfe nicht so ausgeprägt, dass die Zugehörigkeit eines Klienten zu einer der Gruppen als Prädiktor für notwendige Interventionen bezeichnet werden könnte. Dieser Trend lässt sich gut mit den bisherigen Befunden und Annahmen in der einschlägigen Literatur belegen, nach denen die hier untersuchten Merkmale nur zu einem Teil mit dem Ausmaß einer Krise und/oder mit den angewandten Methoden der Krisenintervention korrelieren (vgl. etwa Hewer 1998, Aguilera 2000 oder Sauviant u. Schneyder 2000).

Ergebnisse der Kriseninterventionen

Der Erfolg eines komplexen Prozesses, wie es die Krisenintervention darstellt, ist naturgemäß nur schwer zu evaluieren. Aus einer ganzen Reihe unserer Untersuchungen zu dieser Fragestellung werden hier Ergebnisse zweier Instrumente vorgestellt, die allein die Perspektive der Mitarbeiter abdecken.

Die Auswertung der Gesamteinschätzung der Mitarbeiter über den Nutzen ihrer Beratung bzw. Intervention ergibt das folgende Bild: über alle Kontakte wird der Nutzen mit *sehr hoch* bei 36,2% und mit *ja, teilweise* bei 46,7% eingeschätzt. Fasst man diese beiden Werte zusammen, so ergibt sich, dass ein Nutzen mit 82,9% bei den meisten Kontakten, kein Nutzen sehr selten (5%) und eine unklare oder unsichere Einschätzung in 12,1% der Kontakte gesehen wird.

Getrennt nach der Art der Kontaktpersonen ergeben sich aber interessante Unterschiede: am höchsten wird der Nutzen für die Gruppe der Professionellen (*ja, sehr*: 56%), gefolgt von den Angehörigen (*ja, sehr*: 42%) und schließlich am geringsten für die Klienten (*ja, sehr*: 35%) eingeschätzt. Erklärungsansätze für diese Unterschiede ergeben sich aus der qualitativen Analyse der Inhalte der Beratung bzw. der Art der Kontakte: Professionelle und Angehörige wollen tendenziell eher knapp und konkret beraten werden, dieser Bedarf lässt sich bei Passung von Nachfrage und Beratung relativ leicht erfüllen und der Erfolg solcher Beratungen dann auch eher einschätzen. Bedarfe und Interventionen bei Klienten sind dagegen häufiger als komplexe Beratungs- und Interventionsanforderung zu beschreiben, deren Nutzen sich nicht einfach und häufig erst im Verlauf sicher beurteilen lässt.

Nach dem Erfolg der Beratung der suizidalen Klienten wurde in der BaDo eigens gefragt: Die Mitarbeiter sollten einschätzen, inwiefern sich die Suizida-

lität im Laufe der Intervention verändert habe. Dazu war in der BaDo eine Variable vorgesehen, in der die Mitarbeiter die Frage *Suizidalität am Ende des Kontaktes* auf einer Skala von 0–4 angeben sollten. Dabei bedeutet: 0 = keine Suizidalität, 1 = deutlich verminderte Suizidalität, 2 = leicht verminderte Suizidalität, 3 = unveränderte Suizidalität, 4 = verstärkte Suizidalität.

Wir haben die Daten hinsichtlich der Gruppe von *Personen* (N=8.547) analysiert, bei denen zuvor *Suizidalität* angekreuzt war, jene noch getrennt nach eingeschätzter *latenter* bzw. *akuter* Suizidalität und schließlich diese Werte der Gesamtgruppe aller *Kontakte* (N=67.184) gegenübergestellt. Die folgende Grafik (Abbildung 10) zeigt die Zusammenstellung der Mittelwerte, aus denen sich erkennen lässt, dass über alle *Kontakte* gesehen die Suizidalität nach Ende des Kontaktes als sehr gering ausgeprägt (MW=0,15) eingeschätzt wird. In der Gruppe der zuvor als suizidal eingeschätzten Klienten ist die Suizidalität nach Ende des Kontaktes mit einem Mittelwert von 0,42 zwar deutlich höher, aber immer noch zwischen *keine* und *deutlich verminderte Suizidalität* gelegen. Mit Abstand am höchsten ist der Wert mit 1,85 in der Gruppe der zuvor als *akut suizidal* eingeschätzten Klienten. Hier wird am Ende der Intervention im Vergleich noch ein relativ hoher Grad an Suizidalität, allerdings zwischen den Graduierungen *leicht verminderte* und *deutlich verminderte* Suizidalität gesehen.

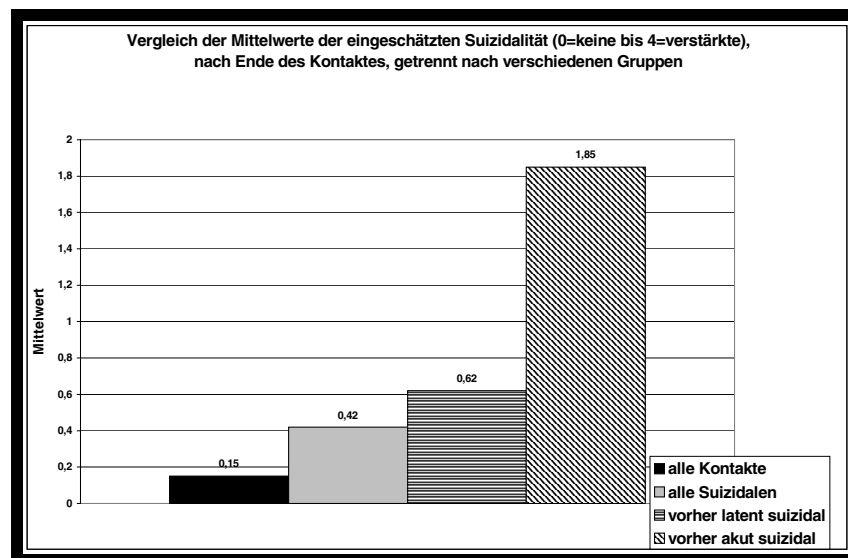


Abb. 10: Suizidalität nach Ende des Kontaktes

Auf der Basis hoher Zahlen von Personen mit im Verlauf festgestellter Suizidalität lässt sich nach der Einschätzung der Mitarbeiter die Suizidalität im Laufe der und wohl auch durch die Intervention (deutlich) mindern. Die differente Einschätzung der verbliebenen Suizidalität zwischen zuvor *latent* bzw. *akut* Suizidalen spricht für die Validität der Daten bzw. die differenzierte diagnostische Einschätzung und Dokumentation der Mitarbeiter.²⁰

Diskussion

Aus den vielfältigen Ergebnissen der wissenschaftlichen Begleitforschung des Berliner Krisendienstes wurden für diesen Beitrag einige zur Inanspruchnahme und Beschreibung der Nutzer ausgewählt, sowie solche Daten zusammengetragen, die darstellen lassen, ob und wie der BKD Menschen in bzw. mit schweren Krisen erreicht, wie die Interventionen aussehen und ob sie – aus der Sicht der Mitarbeiter – erfolgreich sind.

Auf der Basis hoher Fallzahlen durch die hohe Inanspruchnahme des Dienstes kann auch quantitativ eine hohe Anzahl an Kontakten mit Menschen in schweren und bedrohlichen Krisen analysiert werden. Aus den Daten lässt sich insgesamt ableiten, dass der BKD keinen repräsentativen Ausschnitt der Berliner Bevölkerung erreicht und versorgt, sondern dass sich unter seinen Klienten mehr Frauen, mehr Erwachsene im mittleren Lebensabschnitt, weniger Nichtdeutsche und mehr Menschen in ökonomisch problematischen Situationen befinden.

Zum Krisendienst kommen viele Menschen mit schweren, akuten und teils bedrohlichen Krisen und Zuständen. Dabei werden bei ihnen von ärztlichen, aber auch von nicht-ärztlichen Mitarbeitern häufig (akute und chronische) psychische Störungen beschrieben, die zum Teil als (Mit-)Ursache für die Entwicklung der krisenhaften Situation eingeschätzt werden. Unter den häufigsten Störungen rangieren die affektiven (depressiven) Störungen, die Persönlichkeitsstörungen und die Störungen durch psychotrope Substanzen auf den vorderen Plätzen. Die von uns entwickelten Variablen zu *Zustandsbildern* erlauben eine etwas andere deskriptive Perspektive auf die Krisensituation: die Klienten werden häufig als verzweifelt und ratlos, depressiv oder ängstlich oder suizidal beschrieben. Aggressionen der Klienten gegen sich selbst oder andere(s) gerichtet beschäftigen die Mitarbeiter des BKD ebenfalls zählbar häufig. Absolut in zwei Jahren spielte in fast 8.000 Kontakten eine Suizidalität

²⁰ In unserer Gesamtuntersuchung erhoben wir Daten zur Qualität der Arbeit des BKD auch aus anderer als der Mitarbeiterperspektive (Nutzer, Stakeholder usw.) (vgl. Bergold u. Zimmermann 2003, 75–112).

der Klienten eine Rolle, davon wurde mehr als 1.000 mal ein akut suizidaler Zustand festgestellt.

Aus allen zur Verfügung stehenden Daten kann abgeleitet werden, dass meist besonders schwerwiegende Krisen und Notfälle dazu führen, dass die Hintergrundärzte hinzugerufen werden. Es ist erkennbar, dass in vielen dieser Situationen eine ernste Bedrohung von Menschen, tendenziell andere Schwerpunkte im Spektrum der psychischen Störungen der Klienten vorliegen und sehr häufig akut suizidale Syndrome diagnostiziert werden. Wenn die suizidalen Klienten nach ihren Diagnosen getrennt dargestellt werden, so ergibt sich ein deutliches Überwiegen der Persönlichkeitsstörungen, der depressiven Störungen und der Störungen durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen. Umgekehrt fallen die Klinikeinweisungen überzufällig häufig auf Menschen mit der Diagnose *Schizophrenie*.

Anhand unserer Daten kann für die Gruppe der schweren Krisen und psychiatrischen Notfälle festgestellt werden, dass das Spektrum der Interventionen des Dienstes als weit beschrieben werden kann und dabei die Befunderhebung, diagnostische Einschätzung, die Aktivierung des sozialen Umfeldes und des professionellen Netzwerkes ebenso große Bedeutung haben wie die akute Gefahrenabwehr in eskalierten Krisensituationen. Die Häufigkeiten der Initiierung von stationären Behandlungen und die ihr zugrunde liegenden komplexen Situationen zeigen, in welches Spannungsfeld krisenhafter Entwicklung und Zuspitzung die Mitarbeiter des BKD gerufen werden. Bei der genaueren Betrachtung von Einzelfällen anhand der Textanalysen finden sich eindrucksvolle Belege für zeitlich (mehrere Stunden) und personell (mehrere Profis verschiedener Berufsgruppen) aufwendige Interventionen, während derer der Befund erhoben, diagnostiziert, deeskaliert, beraten (bzw. behandelt) und schließlich organisiert (weitervermittelt) wird.

Die Differenzierung der Interventionen nach verschiedenen Kriterien bzw. Merkmalen und die Faktorenanalyse über die Zustandsbilder und die Interventionen zeigen, dass unterschiedliche Herausforderungen verschiedenes Handeln des BKD nach sich ziehen, die Mitarbeiter also aus einem weiten Methodenspektrum differenziert auswählen.

Die Daten zur Ergebnisqualität bzw. der Effektivität der Arbeit des BKD sind vielschichtig. Für die Gruppe der suizidalen Klienten kann eine deutliche Reduktion der Suizidalität (aus der Selbsteinschätzung der Mitarbeiter) angenommen werden, die mit den Daten, die wir aus anderen Perspektiven gewonnen haben, korreliert. Allerdings wären für eine detailliertere und valide Bewertung longitudinale Untersuchungen vonnöten, die den Verlauf der Krise bzw. der Entlastung bei einzelnen Klienten aufzeichnen.

Zusammen genommen ergibt die Auswertung der relevanten Daten, dass der BKD die eingangs genannten Zielgruppen erreicht und zwar in quantitativ

erheblichem Ausmaß. Auch lässt sich erkennen, dass die Mitarbeiter des BKD ein differenziertes Angebot an Interventionen vorhalten und anwenden, dabei wohl auch erfolgreich sind. Wie hoch der Anteil der erreichten Klienten an der Gesamtzahl der Menschen mit schwerwiegenden Krisen ist, kann allerdings nicht festgestellt oder errechnet werden, da es keine sicheren Daten zur Prävalenz und Inzidenz schwerer Krisen gibt.

In hohem Maße arbeitet der BKD vernetzt und zwar v.a. mit den anderen Anbietern von Unterstützung und Behandlung aus dem gemeindepsychiatrischen Versorgungsnetz, so dass grundsätzlich eine Einpassung seines Angebotes in das Versorgungssystem angenommen werden kann. Die zur eingangs formulierten Forderung passenden Befunde werden in diesem Heft von Anja Herrmann, Heinke Möller und Ingeborg Schürmann dargestellt.

Methodisch ergibt sich eine Reihe von Schwierigkeiten, deshalb werden die Ergebnisse besonders hinsichtlich der Inhalte der Krisenintervention und ihrer Effektivität oder ihres Erfolges eher zurückhaltend bewertet. Die Entwicklung der deskriptiven Variablen der von uns sog. *Zustandsbilder* scheint eine wichtige weitere Dimension zur herkömmlichen psychiatrischen Diagnostik (und Sprachregelung) zu bieten. Dies gilt sowohl für den Versuch, die komplexen Bedingungen von Krisen und deren Auswirkungen auf das Individuum angemessen abzubilden, als auch für den notwendigen Ansatz, (wenigstens auch) fernab einer psychiatrischen Diagnostik sprachlich differenzierte Operationalisierungen für Befinden, Wahrnehmung und Verhalten von Menschen in (schweren) Krisensituationen zu finden.

Es gibt deutliche Hinweise dafür, dass sich unter den Nutzergruppen des BKD auch jene der sogenannten Vielnutzer (heavy user) befinden, von denen einige sehr häufig den Dienst in Anspruch nehmen und u. a. mit der Diagnose *Borderline-Persönlichkeitsstörung* beschrieben werden. Diese Personengruppe sollte in künftigen Forschungsansätzen genauer betrachtet werden, gerade hinsichtlich der Bedeutung der häufigen Kontaktaufnahmen und deren Auswirkung für die weitere Lebensgestaltung der Betroffenen.

Die Interventionen selber lassen sich wegen der Notwendigkeit bestimmter Vorgehensweisen in unseren Untersuchungen nur indirekt und aus der Perspektive bestimmter Akteure rekonstruieren. Bezüglich der interessanten Frage, was genau denn im Rahmen der Krisenintervention – speziell in schweren Krisen bzw. Notfällen – gemacht wird und welche Prozesse zu differenzieren sind, gibt es bislang keine aussagekräftigen und publizierten Untersuchungen. Für künftige Ansätze wissenschaftlicher Untersuchungen von Krisenintervention wäre zu wünschen, dass diese Lücke allmählich geschlossen wird.

Literatur

- Aguilera, Donna C. (2000): *Krisenintervention. Grundlagen – Methoden – Anwendung*. Bern, Göttingen: Huber.
- Bergold, Jarg u. Ralf-Bruno Zimmermann (2003): *Wissenschaftliche Begleitforschung des Berliner Krisendienstes*. Band 2. Berlin: Blaue Reihe Berliner Zentrum Public Health.
- Dilling, Horst u. Christian Reimer (1997): *Psychiatrie und Psychotherapie*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- Dilling, Horst, Werner Mombour u. Martin H. Schmidt (2000). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien*. Bern: Hans Huber.
- Freytag, Regula, Thomas Giernalczyk, Karin Rausch, Karl-Heinz Schuldt, Hans Wedler u. Michael Witte (1998): *Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention zur Organisation von Krisenintervention*. In Thomas Giernalczyk u. Regula Freytag (Hg.), *Qualitätsmanagement von Krisenintervention und Suizidprävention* (213–219). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Hewer, Walter (1998): *Erregungszustände, aggressives und fremdgefährdendes Verhalten*. In Walter Hewer u. Wulf Rössler (Hg.), *Das Notfall-Psychiatrie-Buch* (90–111). München, Wien, Baltimore: Urban & Fischer.
- Huss, Caroline, Jarg Bergold u. Ralf-Bruno Zimmermann (2002): *Krisen und soziale Lage – Kennzeichen der Nutzer/innen des Berliner Krisendienstes*. In Raimund Geene, Carola Gold u. Christian Hans (Hg.), *Armut und Gesundheit. Gesundheitsziele gegen Armut. Netzwerke für Menschen in schwierigen Lebenslagen*. Teil II (222–227). Berlin: b-books.
- Kolip, Petra (1998): *Problemzugang Bevölkerungsgruppen. Frauen und Männer*. In Friedrich Wilhelm Schwartz, Bernhard Badura, Reiner Leidl, Heiner Raspe u. Johannes Siegrist (Hg.): *Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen* (506–515). München: Urban & Schwarzenberg.
- Kurz, Alexander (1997): *Gerontopsychiatrische Versorgungsstrukturen*. In Hans Förstl, *Lehrbuch der Gerontopsychiatrie* (219–227). Stuttgart: Enke.
- Linden, Michael u. Michael Kemming (2000): *Vergleich des Aufgabenspektrums eines kommunalen psychiatrischen Notdienstes und einer Notfallambulanz an einer psychiatrischen Klinik*. *Psychiatrische Praxis*, 27, 8, 406–411.
- Mombour, Werner (1995): *Die neueren nosologischen Klassifikationsverfahren. DSM-III/DSM-III-R und ICD-8/-9/-10. Historische und neue Aspekte*. In Volker Faust (Hg.), *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Klinik, Praxis und Beratung* (17–31). Stuttgart: Gustav Fischer.
- Regus, Michael u. Rolf Depner (1998): *Ambulante und mobile Krisenintervention und Notfallpsychiatrie. Ergebnisse der Begleitforschung zu einem Modellprojekt in Nordrhein-Westfalen*. *Sozialpsychiatrische Informationen*, 28, 1, 12–23.
- Sauvant, Jean-Daniel u. Ulrich Schneyder (2000). *Zur Unterscheidung von „Notfall“ und „Krise“ in der Psychiatrie*. In Ulrich Schneyder u. Jean-Daniel Sauvant (Hg.), *Krisenintervention in der Psychiatrie* (45–54). Bern: Huber.
- Statistisches Landesamt Berlin (Hrsg. 2001): *Berliner Statistik und ausgewählte Ergebnisse aus dem Mikrozensus im Mai 2000*. Berlin.

- Trägerverbund Krisenversorgung des Landes Berlin (GbR) (1999): Konzeption einer ambulanten Krisenversorgung für Berlin, verabschiedet vom Landespsychiatriebeirat am 23.02.98 (überarbeitet auf der Grundlage der Berliner Bezirksreform und des Beschlusses zur Bildung von 6 Planungsregionen für Soziales und Gesundheit im Land Berlin). Stand April 1999.
- Vogt, Irmgard (1998): Sozialisation im Lebenslauf, Umweltbelastung und Gesundheit. In Klaus Hurrelmann u. Ulrich Laaser (Hg.), Handbuch Gesundheitswissenschaften (117–144). München: Juventa (Neuausgabe).
- Wolfersdorf, Manfred u. Rainer Welz (1997): Suizidalität im höheren Lebensalter. In Hans Förstl, Lehrbuch der Gerontopsychiatrie (419–426). Stuttgart: Enke.
- Zimmermann, Ralf-Bruno (2001): Theorien und Methoden psychiatrischer Krisenintervention. In Ernst Wüllenweber u. Georg Theunissen (Hg.), Handbuch Krisenintervention. Hilfen für Menschen mit geistiger Behinderung. Theorie, Praxis, Vernetzung (95–116). Stuttgart: Kohlhammer.
- Zimmermann, Ralf-Bruno u. Jarg Bergold (2003): Wissenschaftliche Begleitforschung des Berliner Krisendienstes. Band 1. Berlin: Blaue Reihe Berliner Zentrum Public Health.

Prof. Dr. med. Ralf-Bruno Zimmermann, Katholische Hochschule für Sozialwesen Berlin, Köpenicker Allee 39–57, D-10318 Berlin.
E-Mail: zimmermann@khsb-berlin.de

Professor für Sozialmedizin und Sozialpsychiatrie an der Katholischen Hochschule für Sozialwesen Berlin, Arzt für Psychiatrie, ehrenamtliche Tätigkeit in gemeinnützigen Trägervereinen der komplementären psychiatrischen Versorgung, Mitglied des Berliner Landespsychiatriebeirates, Mitglied u. a. in der Deutschen Gesellschaft für soziale Psychiatrie (DGSP), Deutschen Gesellschaft für Sozialarbeit (DGS) und im Berliner Forschungsverbund Public Health.

Forschungsschwerpunkte: Krisenintervention, Dokumentation und Evaluation in der Sozial- und Gemeindepsychiatrie, Soziale Auswirkungen chronischer Krankheit und Behinderung, Versorgungsforschung, Klinische Sozialarbeit.

Eingang der Manuskriptendfassung am 10. April 2004.